



COMUNE DI LERCARA FRIDDI  
Provincia di Palermo  
AREA AMMINISTRATIVA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI



DISTRETTO SOCIO SANITARIO  
"D 38"  
LERCARA FRIDDI

COMUNE DI PALAZZO ADRIANO

08 FEB. 2017

Prot. 1488

SI RENDE NOTO

Ai sensi del Decreto Assessoriale n. 899/2012 il Distretto Socio - Sanitario "D 38" composto dall'A.S.P n. 6 e dai Comuni: Alia, Castronovo di Sicilia, Palazzo Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari, Lercara Friddi, dispone la presentazione delle istanze per la concessione del beneficio economico per i soggetti affetti dalla Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

Visto l'avviso allegato a) al D. A. n. 384/2015 con il quale si procede alla riapertura dei termini, relativamente all'erogazione dell'assegno economico per i nuovi soggetti affetti da SLA con scadenze semestrali al 30 marzo per il semestre gennaio/giugno e al 30 settembre per il semestre luglio/dicembre di ogni anno.

Ai sensi dell'avviso possono presentare istanza per la concessione del beneficio le famiglie di cittadinanza italiana, residenti nei Comuni del Distretto "D 38", che mantengono ed accolgono soggetti affetti dalla Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

L'istanza per la concessione del beneficio, predisposta su appositi moduli messi a disposizione presso l'Ufficio Servizi Sociali di ciascun Comune del Distretto, dovrà pervenire al Protocollo Generale del Comune di residenza, dal 06.02.2017 al 30.03.2017, corredata dalla seguente documentazione:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stato della malattia.
- Stato di famiglia.



Il Responsabile del Settore  
Dott.ssa Carmela Di Giovanni

Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi dell'Allegato al D.A. 899 dell'11-5-2012

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.200, n. 445

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Genitore  
 Altro familiare (specificare.....)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Che risulta affetto da SLA.

Chiede

La concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal D.A. 899 dell'11.05.2012, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali, in quanto persona affetta da patologia sopra indicata.

Al fine del riconoscimento del contributo economico

Dichiara

Che al familiare affetto da SLA, residente in Sicilia nel Comune di \_\_\_\_\_, vengono assicurate prestazioni di cure, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia all'interno della famiglia.

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- 2) Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;
- 3) Stato di famiglia.

10

Il/la sottoscritto/a dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno e di essere consapevole che il beneficio decade dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_